

# RIUNIONE GIVITI COVID19 10.03.2020 – PAZIENTI INTENSIVI

## CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI

- La maggior parte dei pazienti ha un'età di circa 70 anni
- Fra le comorbidità a più alto riscontro c'è l'OBSITA'
- Prevalenza netta nella popolazione maschile
- All'ingresso P/F < 100
- Quadro RX di polmonite interstiziale bilaterale (possibilità di riscontro di asimmetria in caso di sovrainfezione batterica)

## ESAMI EMATOCHIMICI

- PCT = 0 (in assenza di sovrainfezione)
- ↑↑ PCR
- ↑↑ LDH
- Alterazione indici epatici (virale ± trattamento farmacologico)
- ↑ CK soprattutto nei pazienti più giovani (che di solito hanno febbre più alta, brividi...)
- Gravissima alterazione glicemica con difficile controllo → frequente chetoacidosi
- ↓↓ albuminemia (sequestrata nel polmone??)
- LINFOPENIA (↓ CD4)
- BNP normale

## TERAPIA FARMACOLOGICA

- Lopinavir/ritonavir (KALETRA) 200/50 mg 2 cp BID
- Cloroquina 500 mg BID o idrossicloroquina 200 mg BID
- Profilassi antibiotica (variabile a seconda del centro): pip/tazo, ceftriaxone, bactrim, antifungini... (abbandonato l'uso di azitromicina)
- Acetilcisteina 300 mg TID (secrezioni non abbondanti ma, dove presenti, molto dense)
- Steroidi? Solo in caso di segni di fibrosi (non precocemente).
- Tocilizumab? Inibitore recettore IL-6. Razionale dato dal forte quadro infiammatorio MA utilità da valutare alla luce di un quadro di linfopenia. Al momento NO indicazione di routine e NO utilizzo precoce.

## TERAPIA RIANIMATORIA

- Sedazione profonda
- Curarizzazione (con finestra durante supinazione)
- Bilancio idrico NEGATIVO: i polmoni sono come spugne a causa del processo infiammatorio
- Ventilazione protettiva
  - Necessarie PEEP alte, anche > 15 cmH<sub>2</sub>O → monitoraggio attento delle possibili complicanze (enfisema sottocutaneo, PNX)
  - Tollerare pH fino a 7,3
  - I pazienti presentano di solito buona compliance (a differenza dei quadri ARDS classici) e si riesce a ventilarli con driving pressure non elevate
- PRONAZIONE
  - Dalle 18 alle 24 h
  - Principio fondamentale della terapia = estremamente efficace
  - Necessarie fino a 7 rotazioni

- ATTENZIONE: non fidarsi del primo miglioramento e proseguire la terapia almeno fino a osservazione dei segnali di risposta alla terapia (vedi weaning)

*[Ndr. Pensare alla creazione di un TEAM dedicato alla pronazione (considerare l'alto numero di pazienti)?]*

- Tracheotomia entro 7 gg → possibilità di effettuare tentativi di weaning più precocemente e con maggiore sicurezza (rischio di ricadute elevato)
- CRRT? Riservare ai pazienti con maggiori probabilità di evoluzione positiva per i seguenti motivi:
  - Aumento carico di lavoro infermieristico
  - Maggiori difficoltà nella pronazione
  - (Problematica dello smaltimento delle sacche infette)
- NO → non si osservano risultati importanti, ma può essere utile per guadagnare tempo nei pazienti più critici (terapia estrema)
- ECMO (raramente necessaria, perché i pazienti sono molto responsivi alla terapia ventilatoria adeguata) indicata in caso di:
  - Paziente non responsivo alle terapie
  - Estrema ipossiemia

## MONITORAGGIO

- RX torace per definizione quadro all'ingresso; ripetibile ma imaging non strettamente correlato al quadro clinico
- TC torace NON indicata → alta difficoltà nei trasporti, alto rischio di diffusione del contagio
- ECO torace → altamente indicato per la valutazione quotidiana del quadro polmonare
  - PATTERN 1: linee B diffuse → PEEP responder
  - PATTERN 2: zone anteriori areate, zone posteriori addensate → responsivo alla pronazione
  - Utile nella valutazione delle complicanze da alte PEEP e manovre reclutative
- Ecocardiografia: attenzione alle discinesie (miocardite?)

## WEANING

- Indicatori
  - NO febbre
  - ↓↓ indici di flogosi (PCR, LDH)
  - Euvolemia
  - PEEP < 12 cmH<sub>2</sub>O
  - P/F > 150
  - FiO<sub>2</sub> ≤ 50%
- Non fidarsi del primo miglioramento, perché i pazienti tendono ad avere ricadute precoci.

**NON FATEVI TROVARE IMPREPARATI!**